CASUISTISCHER BEITRAG

ZUR

GEHIRNLUES.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

UNIVERSITÄT ROSTOCK

VORGELEGT

VON

JAKOB GOETZ

AUS

SCHAULEN (RUSSLAND).

CHEMNITZ
BUCHDRUCKEREI ALEXANDER WIEDE.
1896.

Den im Folgenden mitgetheilten Krankheitsfall hatte ich Gelegenheit im Sommer 1892 in der medicinischen Klinik zu Jena zu beobachten und zu untersuchen. Ich spreche Herrn Professor Stintzing auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus für die gütige Ueberlassung desselben zu der vorliegenden Arbeit.

Aug. E., 34jähriger Schlosser, am 18. VII. 92 aufgenommen in der medicinischen Klinik.

Patient ist seit 5 Jahren kinderlos verheirathet. Sein Grossvater starb im 70. Lebensjahre und soll an Husten und Kurzathmigkeit gelitten haben. Der Vater des Patienten war ein kräftiger Mann, kränkelte aber in den letzten Jahren von September 1888 bis Oktober 1889, ohne jedoch direkt in der Ausübung seiner Berufsthätigkeit gehindert zu sein; er starb plötzlich über Nacht in seinem 63. Lebensjahre. Die Mutter lebt, ist 65 Jahre alt, sieht blass und abgemagert aus, hustet viel und soll wegen allgemeiner Körperschwäche seit 3 Jahren arbeitsunfähig sein. Sie soll früher geschwollene Beine gehabt haben. Eine ältere Schwester des Patienten ist gleichfalls schwächlich; im Jahre 1883 (sie war damals schon verheirathet) wurden ihr vergrösserte Halsdrüsen auf operativem Wege entfernt, die 2 bis 3 Jahre bestanden hatten; eine Tochter von ihr sieht blass, mager und kränklich aus.

Als Kind soll Patient Rachitis, im 16. Lebensjahre Rötheln gehabt haben. Im 17. Lebensjahre musste er angeblich wegen Ueberanstrengung 14 Tage das Bett hüten. Von 1879 bis 82 war er zum Militärdienst eingezogen. Im Jahre 1880 bekam er eines Abends von einem Unteroffizier eine Ohrfeige, worauf sich sogleich Ohrensausen einstellte, das aber am nächsten Morgen verschwand. Sechs Wochen musste er wegen Schmerzen vor dem linken Ohr im Militärlazareth behandelt werden, aus dem er geheilt entlassen wurde. Er vollendete seine Militärzeit und hatte bis 1887 oder 1888 (?) gar keine Beschwerden. Er will in dieser Zeit vollständig gesund gewesen sein. Dann aber, als er zu einer Landwehrübung eingezogen war, stellte sich zum 1. Male

eine leichte Sehstörung des linken Auges ein, welche sehr bald verschwand, aber von Zeit zu Zeit auf einige Tage wiederkehrte, ohne dass das Allgemeinbefinden beeinträchtigt war. Im Februar 1889 stellte sich Schwerhörigkeit, verbunden mit Ohrensausen und linksseitigem Ausfluss ein, welche in kurzer Zeit zur vollständigen Taubheit auf dem linken Ohre führte; gleichzeitig wurde die bis dahin nur zeitweise aufgetretene Sehstörung stabil. Das Ohrenleiden wurde vom Februar 1879 bis März 1882 mit Ausspritzungen, Blutegelapplicationen und zuletzt mit Schröpfköpfen erfolglos behandelt. Seit Juni 1889 traten Blutungen aus dem linken Ohre ein, welche etwa alle 14 Tage sich wiederholten. Im Herbst 1890 consultirte der Patient wegen seiner Sehstörung einen Augenarzt, welcher ihn an einen Ohrenspecialisten in Gotha wies. Dieser soll „Polypen“ aus dem linken Ohre entfernt haben, wonach die Blutung vollständig sistirte und das Ohrensausen im linken Ohr bedeutend nachliess. Im Oktober 1891 entfernte derselbe Arzt Polypen aus den Nasenhöhlen. Seit der Entfernung der Polypen aus dem linken Ohr bildete sich öfters, und zwar das erste Mal gleich im Anschluss an dieselbe, eine Anschwellung vor dem Ohr mit gleichzeitiger Eiterung aus demselben; die Anschwellung dauerte in der Regel 8 bis 14 Tage und ging dann von selbst zurück, nachdem die Eiterung schon 2—3 Tage zuvor aufgehört hatte. Schmerzen veranlasste diese Anschwellung dem Patienten nur dann, wenn er mit Gewalt den Mund öffnen musste, für gewöhnlich verursachte sie nur Spannung. Gegen den Rath des Arztes, der von einem Eingriff nichts wissen wollte, wendete Patient im März 1892 warme Umschläge an, und bewirkte dadurch Eiterentleerungen aus der Anschwellung durch den äusseren Gehörgang. Seit dieser Zeit soll sich die Anschwellung, nur wenn er sich der Zugluft aussetzte, und nicht in dem Umfange wie früher, eingestellt haben, auch gewöhnlich von kürzerer Dauer gewesen sein; nach Auflegung von Watte und bei Vermeidung von Erkältungseinflüssen verschwand sie rasch. Seit Juni 1892 ist die Anschwellung nicht mehr zum Vorschein gekommen.

Seit Mai 1891 hat Patient eine rauhe Stimme, welche sich allmählich verschlimmerte und in den Wintermonaten 1891—92 mehr hervortrat, als in den warmen Sommermonaten. Zu gleicher Zeit fiel dem Kranken eine Störung in der Beweglichkeit der Zunge auf: beim Herausstrecken wich dieselbe nach links ab. Feste Speisen blieben ihm im Munde stecken, und nur durch Nachtrinken vermochte er sie hinunter zu spülen.

Seit Sommer 1891 klagte er über Nackenschmerzen, welche sich fortwährend verschlimmerten. Im September bemerkte er, dass die linke Augenspalte etwas weiter als die rechte war. Im Februar 1892 war der Unterschied am auffälligsten, im April bildete sich die Erscheinung etwas zurück. Im Februar 1892 hatte der Patient 14 Tage lang Kopfschmerzen, welche zeitweise nachliessen. Sie setzten in der linken Stirngegend ein und strahlten von da nach dem Nacken über die Schulter aus; Nachts waren sie stärker, besonders im Hinterhaupt. Schon vordem klagte er über eine in der Regel täglich mehrmals wiederkehrende Schmerzempfindung in der linken Kopfhälfte, besonders in der Stirngegend, welche blitzartig auftrat und ebenso rasch wieder verschwand. Auch will er bemerkt haben, dass sein Gedächtniss in der letzten Zeit abgenommen habe.

Sorge, Kummer, Kopfverletzung und sonstige körperliche Erschütterung und Anstrengung will er nie gehabt haben, specifische Infektion und Potus werden in Abrede gestellt.

Stat. praes. vom 28. Juli 1892.

Die Hauptklagen des Patienten beziehen sich auf undeutliches Sehen. Sieht er in gerader Richtung, so erscheint ihm links Alles undeutlich, wendet er seine Augen nach rechts, so sieht er gut. Dieselbe Sehstörung tritt beim Lesen und Schreiben hervor. Ferner klagt er über doppelseitiges Ohrensausen, Mattigkeit und Abgeschlagenheit besonders beim Gehen und nach dem Aufenthalte im Freien. Schon nach einem halbstündigen Aufenthalte im Freien verspürt er Steifigkeit und muss sich in's Bett legen und circa eine Stunde ruhen und ist dabei schläfrig. Endlich klagt er noch über Schluckbeschwerden, sowie über Spannungsgefühle vor dem linken Ohr, letzteres besonders bei kühler Witterung.

Patient ist von mittelstarkem Knochenbau, schwacher Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Kein Icterus, kein Oedem. Haut und Rumpf blass. Zwei Narben und zwei Papillome am Nacken, kleine Narben am behaarten Kopf rechts vom Scheitel. Gesichtsfarbe bräunlichgrau, sichtbare Schleimhäute blassroth; Haare blond, leicht ausziehbar, hinter der Stirn rechts am Scheitel sehr dünn. Ohrläppchen angewachsen. Nasenseptum schief, rechte Nasenhöhle enger als die linke. Zähne gut, schwärzlichgrau. Hals etwas kurz. An der linken Carotis stärkere Pulsation als an der rechten. Schilddrüse mittelgross. Stimme rauh, bei tiefen Tönen mehr als bei hohen. Skoliose der Wirbelsäule nach links.

Thorax mittelweit, gewölbt, vorne behaart, Gruben angedeutet. Ziemlich starke fibrilläre Zuckungen im Bereich des linken Pectoralis maj., Cucullaris, Sternocleidomastoideus, Zygomaticus, Levator labii sup. und Frontalis; besonders deutlich in dem innern Winkel des linken Auges. Im Bereiche des linken Cucullaris verursachen sie ungefähr über der Spina scapulae wellenförmige Erhebungen und Einsenkungen. Athemexcursionen mittelgross, vorwiegend costal, 24 in der Minute. Lungenschall hell, in der rechten Mammillarlinie bis zum oberen Rande der 6. Rippe, die Grenze daselbst mit der Athmung verschieblich. Athemgeräusch vesiculär, in der rechten Spitze rauher als in der linken. Sputum gering, vorwiegend schleimig. — Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der Mitte zwischen l. Mammillarlinie und vorderer Axillarlinie deutlich sicht- und fühlbar. Keine auffallende Pulsation im Epigastrium. Die Herzdämpfung beginnt an der 4. Rippe, überschreitet nach rechts kaum den linken Sternalrand; nach links reicht sie bis 2 Querfinger breit über die Mammillarlinie hinaus. Erster Ton an der Spitze sehr dumpf, zweiter Ton rein; an der Pulm. und Aorta die ersten Töne dumpf. Puls beschleunigt, mittelhoch, regelmässige Füllung und Spannung, beiderseits gleichzeitig, links etwas höher als rechts; Arterien rigid, etwas geschlängelt.

Abdomen leicht über dem Niveau des Thorax mit flacher Furche oberhalb des Nabels, weich, leicht eindrückbar, ohne abnorme Druckempfindlichkeit; Schall tympanitisch. Beim Husten doppelseitige Inguinalhernien angedeutet. Die Kontouren des Magens durch die Bauchdecken erkennbar. Leberdämpfung bis zum Rippenbogen in der Mammellarlinie; Milzdämpfung nicht vergrössert. Schleimhäute der Rachenorgane blassroth, Tonsillen mässiggross, die linke etwas grösser als die rechte; weisse Narben am linken vorderen Gaumenbogen. Zunge: rechte Hälfte bedeutend dicker, feuchter, mehr grau belegt als die linke. Am unteren Theile derselben unweit der Zungenspitze nach innen zu bläulich durchschimmernde Flecken. Stuhl meist bis 8 Tage angehalten. Im Urin Eiweiss, kein Zucker. Orificium der Urethra etwas eng. An der Glans penis einige Pigmentflecken, an der dersalen Seite des Präputiums eine strahlige Narbe.

Inframaxillar- und Cervicaldrüsen mässiggross, links grösser als rechts. Inguinaldrüsen beiderseits vergrössert. Axillardrüsen mittel-, Cubitaldrüsen kirsch-gross.

Beim Gehen hält Patient die Hände über dem Rücken gekreuzt und nimmt dadurch eine etwas gestreckte, steife Haltung

mit in den Nacken gebeugtem Kopf ein. Beim Sitzen hält er den Kopf vornübergebeugt und auf beide Hände gestützt. Die linke Stirnhälfte ist bei Beklopfen schmerzhaft. Gesichtsausdruck kummervoll, vergrämt. Sensorium frei, Schlaf gut. Gedächtniss angeblich im Vergleich zu früher etwas geschwächt, Rechenaufgaben werden fehlerhaft und langsam gelöst. Die Zunge wird stark fibrillärzitternd und nach links abweichend hervorgestreckt, ebenso macht sie einige Drehbewegungen nach links, bis sie zur Ruhe kommt. Die linke Zungenhälfte ist atrophisch und runzlig. Die Sprachartikulation ist leicht stockend gegen früher und einzelne Worte werden zitternd ausgesprochen. Geruch und Geschmack zeigen normale Beschaffenheit. Die linke Gesichtshälfte ist bedeutend abgeflacht, die linke Augenspalte etwas weiter als die rechte. Beim Schliessen des linken Auges bleiben seine Lider zurück. Stirnrunzeln, Lachen, Mundspitzen, Pfeifen, sowie sonstige mimische Actionen links weniger energisch als rechts. Die Kaumuskeln contrahiren sich beiderseits gut, vielleicht links eine Spur weniger gut. Die seitliche Bewegung des Kopfes nach rechts wie nach links, sowie die Beugung nach hinten ist erheblich eingeschränkt. Die linke Schulter ist niedriger als die rechte.

Das linke Auge hat eine Ablenkung nach innen erfahren, die Drehung nach aussen ist derartig eingeschränkt, dass es die Mittellinie nicht überschreiten kann. Bei Drehung der Augen nach rechts zittert mehr das rechte Auge, nach links mehr das linke, wobei diese Zitterbewegungen ruckweise in der Richtung nach dem äusseren Augenwinkel geschehen. Bei Bewegung nach oben bleibt das linke Auge etwas zurück. Pupillenreaction auf Lichteinfall ist etwas träge. Visus normal, Iris und Accomodation ebenfalls normal, Hintergrund normal: keine Stauungs-Pupille. Gehörorgan: linkerseits Mittelohrcatarrh. Flüsterstimme links nur dicht vor dem Ohr gehört, Stimmgabel vom Scheitel nach links projiciert und Töne von 64, 97, 128 Schwingungen nicht percipirt; rechts Flüsterstimme mindestens auf 10 Meter gehört. Im knorpeligen Theil des linken Gehörganges ein bläulicher Tumor, welcher bei Berührung leicht blutet und schmerzhaft ist. Der knöcherne Theil scheint frei zu sein. Trommelfell leicht verdickt, getrübt und nicht perforirt.

Zäpfchen lang, zeigt mit der Spitze nach links. Gaumenbogen links etwas stärker gewölbt als rechts. Gaumensegel hebt sich links weniger als rechts.

Sensibilität allenthalben erhalten. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Stehen auf einem Bein möglich; beim raschen Umdrehen nach links leichtes Schwanken, sonst sind sämmtliche Bewegungen der Extremitäten, die activen wie die passiven, leicht und frei ausführbar und die grobe motorische Kraft erhalten. Plantarreflexe sehr lebhaft, rechts etwas stärker als links; Achillessehnenreflexe vorhanden, kein Fussclonus, Patellarreflex links gesteigert, Pariostal- und Tibialreflex äusserst schwach, Biceps-, Triceps- und Cremasterreflexe vorhanden. Ausserdem besteht Atrophie des Musculus pect. major und der Nackenmusculatur linkerseits.

Elektrische Erregbarkeit des Facialis:

Indirekte Reizungen.

faradische:

rechts bei 8,5 cm R. A., links bei 6 cm R. A.

galvanische:

rechts bei 1,8 M. A., links bei 8 M. A.

Direkte Reizungen:

faradische:

Orbic. palp: rechts bei 9,4 R. A., links bei 8,9 R. A.
Levat. lab. sup.: rechts bei 7,8 R. A., links bei 6,7 R. A.
Frontalis: rechts bei 9,2 R. A., links bei 8,8 R. A.
Orbic. oris: rechts bei 8,7 R. A., links bei 6,4 R. A.

galvanische:

Orbic. palp. sup.: rechts bei 2,8 M. A., links bei 5,2 M. A.
links Zuckungen träge An Sz fast = Ka Sz.
Levat. labii sup.: rechts bei 4,6 M. A., links bei 4,7 M. A.
links Ka Sz > An Sz Zuckungen, etwas träger als rechts.
Frontalis rechts bei 2,8 M. A., links bei 2,2 M. A.
links Zuckungen träge,
An Sz > Ka Sz.
Orbic. oris: rechts bei 3,5 M. A., links bei 2,2 M. A.
links Ka Sz etwas träge,
An Sz > Ka Sz.

Seit seinem Eintritt in die Klinik wird der Patient mit Jodkalium und Electricität behandelt.

28./7. Kopfschmerzen und Eingenommenheit des Kopfes; am selben Tage haben die Kopfschmerzen nachgelassen.

29/7. Eingenommenheit des Kopfes und Auftreten einer Anschwellung vor dem linken Ohr. Eitriger Ausfluss aus letzterem.

Durch Einpinselung mit Jodtinktur ging die Anschwellung im Verlauf von 2 Tagen zurück, der eitrige Ausfluss hielt noch 2 weitere Tage an.

An demselben Tage erbrach sich der Patient während des Essens zum ersten Male. Sein Körpergewicht betrug damals 127 Pfund.

1./8. 92. Kopfschmerzen von der linken Stirnhälfte ausgehend und über den ganzen Kopf sich erstreckend, wobei die Schmerzen links stärker sind als rechts, Nachts intensiver, besonders im Hinterkopf, in die Nackengegend ausstrahlend.

9./8. spürte der Patient etwas Brennen im linken Ohr und gleichzeitig Schmerzen in der betreffenden Stirnhälfte, welche zeitweise über den ganzen Körper sich verbreiteten, links stärker als rechts hervortretend.

10./8. Status idem.

11./8. steigerte sich das Brennen, sowie die Schmerzen, sodass der Patient den ganzen Tag und die Nacht stöhnte. Der linksseitige Stirnkopfschmerz war jedoch weniger intensiv als an den beiden vorhergehenden Tagen. Am Nachmittag desselben Tages wurde eine Ausspritzung des linken Ohres vorgenommen, worauf die Schmerzen vollständig nachliessen.

13./8. giebt der Patient an, dass ihm jetzt das Schlucken leichter werde und keinen Husten mehr beim Essen verursache. Die Zunge ist reiner und weicht beim Herausstrecken nicht mehr so stark nach links ab, der linke Abducens funktionirt etwas besser. Der eitrige Ausfluss (seit der letzten Anschwellung vor dem linken Ohr) besteht noch, jedoch in weniger reichlichem Maasse.

16./8. Ohrensausen schwächer, die Nackenschmerzen sollen in der letzten Zeit an Intensität abgenommen haben. Die Zunge reinigt sich stetig. Im Verlauf des September hat sein Körpergewicht zugenommen und die Gesichtsfarbe ist frischer geworden. Der Gesichtsausdruck ist weniger leidend, das Benehmen des Patienten ein freieres. Der Abducens funktionirt, wenn auch nicht vollständig, so doch bedeutend besser als früher.

Dagegen ist in dem Facialisinnervationsgebiet ein Fortschreiten zur Besserung nicht zu bemerken, eher eine Verschlimmerung eingetreten.

Im September: die Bewegung des linken Auges im Funktionsgebiet seines Abducens wird allmählich immer ausgiebiger, die

vorher abnorme Abweichung nach dem innern Augenwinkel ist jetzt minimal.

Da der Patient nicht länger in Behandlung verbleiben wollte, erfolgt am 30. September seine Entlassung aus der Klinik.

Während des ganzen Aufenthaltes hatte sich kein Fieber gezeigt, der Puls war immer beschleunigt. Die Urinmenge schwankte zwischen 1450 und 3400, das specife Gewicht zwischen 1001 und 1009.

Fassen wir jetzt die Geschichte des Falles und das Krankheitsbild, das er bietet, kurz zusammen, so erscheint es der leichteren Orientirung wegen zweckmässig, die Symptome in 4 Gruppen zu ordnen.

1. Die ältesten Veränderungen sind wohl die strahligen Narben an der dorsalen Seite des Präputiums und die weisslichen Narben am linken Gaumenbogen. Es dürfte kein Zweifel bestehen, dass sie als Residuen syphilitischer Processe anzusehen sind. Für das Fortbestehen des Infectionszustandes spricht der Befund an den oberflächlichen Lympfdrüsen: die Inframaxillar-, Cervical-, Axillar- und Inguinaldrüsen mässig vergrössert, die Cubitaldrüsen kirschgross.

2. Der linke Ventrikel ist erweitert und entsprechend hypertrophisch, die Radialarterien sind rigid. Der Urin enthält Eiweiss, das quantitativ nicht bestimmt worden ist, und schwankt in der Tagesmenge zwischen 1009 und 1001. Ob aus diesen Befunden auf eine Nierenschrumpfung syphilitischen Ursprungs geschlossen werden kann, mag dahin gestellt bleiben.

3. Es besteht seit Februar 1889 eine linksseitige Mittelohrentzündung, die schnell zu fast völliger Taubheit geführt hat. Ausserdem hat sich im Anschluss an die operative Entfernung einer Neubildung aus dem linken knorpeligen Gehörgang eine Anschwellung vor dem Ohre entwickelt, die von Zeit zu Zeit zunimmt und dann nach 8—14 Tagen unter Eiterentleerung aus dem äusseren Gehörgang wieder zurückgeht.

4. Die letzte Gruppe umfasst die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems und sie erfordern eine eingehendere Betrachtung.

Im Jahre 1887 oder 1888 zuerst leichte Sehstörung, die zwar bald wieder verschwindet, aber von Zeit zu Zeit wiederkehrt und seit Februar 1889 anhält. Sie beruht auf einer Abducenslähmung des linken Auges, die aber noch zur Zeit der Aufnahme

in die Klinik, Ende Juli 1892, nicht erheblich genug ist, um Dislopie zu erzeugen, sondern nur Undeutlichkeit des Sehens bewirkt.

(Seit Mai 1881 rauhe Stimme. Da die larynscopische Untersuchung fehlt, ist nicht zu unterscheiden, ob diesem Symptom eine Stimmbandlähmung oder eine Affection der Kehlkopfschleimhaut zu Grunde liegt: das spärliche Sputum ist schleimig und die Rauheit in der kalten Jahreszeit vermehrt.)

Im Mai 1891 beginnt die Zunge beim Herausstrecken nach links abzuweichen und das Schlucken fester Speisen gelingt nur unter Nachtrinken. Im Juli 1892 ist die linke Zungenhälfte atrophisch und runzlig und geräth beim Herausstrecken in starke fibrilläre Zuckungen. Die Articulation und der Schlingact in seinem Beginn sind gestört.

Im September 1891 Lagophthalmus, der bis zum Februar 1892 zunimmt, dann wieder abnimmt. Ende Juli 1892 ist die linke Augenspalte etwas weiter als die rechte, die ganze linke Gesichtshälfte flacher, ihre mimischen Bewegungen weniger kräftig. Ausserdem zeigen linkerseits der Frontalis und Levator labii sup. ziemlich starke fibrilläre Zuckungen und ebenso wie der Orbicul. palp. und der Orbicul. oris verminderte elektrische Erregbarkeit und Entartungsreaction mittleren Grades. Auch das linke Gaumensegel reicht weniger weit herab und hebt sich weniger als das rechte.

Ferner finden sich im Juli 1892 fibrilläre Zuckungen im linken Cucullaris und Sternocleidomastoid., sowie im Pector maj. Auf die verminderte Leistung dieser Muskeln ist wahrscheinlich die abnorme Haltung des Kopfes im Gehen und Sitzen und der Tiefstand der linken Schulter zurückzuführen.

Aus dem im Vorstehenden aufgeführten Cerebralsymptomen ergiebt sich ohne Weiteres, dass bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik ausser der linksseitigen Abducenslähmung auf derselben Seite eine Lähmung des Hypoglossus, des Facialis und des Accessorius mit degenerativer Atrophie der zu diesen Nerven gehörigen Muskeln besteht. Die anatomische Veränderung, die diesen Lähmungen zu Grunde liegt, muss also entweder auf der Gehirnbasis an den Stämmen der betreffenden Nerven oder in dem Pons und der Modulla oblong. ihren Sitz haben. Ein Tumor in der linken hintern Schädelgrube lässt sich wohl mit Sicherheit ausschliessen, denn abgesehen von der langen Dauer der Krankheit und dem mehrfachen Schwanken in der Intensität der Symptome würde ein solcher, wenn er umfänglich genug wäre,

um die fraglichen Nervenstämme in dem Maasse, wie es hier der Fall ist, zu lädiren, eine beträchtliche Steigerung des intracraniellen Druckes bewirken, von dieser findet sich aber nicht das geringste Zeichen, namentlich ist der Augenhintergrund normal.

Dagegen liegt es sehr nahe, an eine syphilitische Affection in der hintern Schädelgrube zu denken. Die Annahme einer Thrombose in die unter dem Einfluss der Syphilis athoromatös gewordene A. basilaris hat manche Bedenken gegen sich. Einmal sind die einzelnen Nerven in längeren Zeitabständen nach einander erkrankt: der Hypoglossus erst einige Jahre nach dem Abducens, der Facialis 4 Monate nach dem Hypoglossus — und die Krankheitserscheinungen sind nicht, wie es einer Thrombose entsprechen würde, plötzlich aufgetreten, sondern haben sich allmählich entwickelt; sodann sind die Gehirnnerven mit völligem Freibleiben der Extremitäten und noch dazu nur die Nerven einer Seite betroffen. Besser lässt sich mit den cerebralen Symptomen die Annahme vereinigen, dass sie durch eine chronische basilare Meningitis bedingt sind, indem das von dieser gelieferte Granulationsgewebe die Scheiden der betreffenden Nerven infiltrirt hat und zwischen ihre Fasern eingedrungen ist und die letzteren bei seiner fibrösen Umwandlung zur Atrophie gebracht hat. Die Wahrscheinlichkeit dieser Annahme wird nur dadurch beeinträchtigt, dass nach Nothnagel (Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten S. 538) kein Fall beobachtet ist, in welchem der 7.—12. Gehirnnerv oder mehrere von diesen durch einen basalen Process geschädigt worden sind. Und wie Oppenheimer (Berl. Klin. Wochenschrift 1889, S. 1033) hervorhebt, findet die Meningitis basilaris syphil. sich vorwiegend in der Gegend des Chiasma nerv. optic. und ruft deshalb ziemlich constant Lähmungserscheinungen im Gebiete des Oculomotorius und Opticus hervor. Ob der Umstand, dass in unserem Falle das linke Auge bei der Bewegung nach oben etwas zurückbleibt, auf eine Mitbetheiligung des Oculomotorius bezogen werden darf, erscheint umsomehr fraglich, als dieses Zurückbleiben durch die grössere Weite der Lidspalte möglicherweise nur scheinbar ist.

Das Vorhandensein einer basilaren Meningitis in unserem Falle dürfte als erwiesen gelten, wenn sichere Zeichen vorlägen, dass auch der Acusticus mitgelähmt ist, die hochgradige Schwerhörigkeit kann aber hier, wo schon mehr als 3 Jahre eine Mittelohrentzündung besteht — falls sie nicht lediglich in der Läsion der schalleitenden Organe begründet ist — nicht das Vorhanden-

sein anatomischer Veränderungen des Acusticus beweisen, sondern muss mit mehr Wahrscheinlichkeit auf eine funktionelle Lähmung dieses Nerven bezogen werden. Auf einen chronisch-entzündlichen zeitweise excerbirenden Process weisen auch die Kopfschmerzen hin, die im Verlauf der Krankheit mehrmals auftraten und zuerst (Sommer 1891) den Nacken, später (Winter 1892) die ganze linke Seite mit nächtlichen Excerbationen einnahmen. Die letzteren kehrten auch während des Aufenthalts in der Klinik (Anfang August) noch wieder.

Für eine syphilitische basilare Meningitis spricht schliesslich auch der Erfolg der Therapie. Schon nach zweiwöchigem Gebrauch von Jodkalium ist eine Abnahme der Hypoglossus- und Abducenslähmung zu bemerken und die letztere vermindert sich bei Fortsetzung dieser Behandlung bis zu fast völligem Verschwinden. Wären die Gehirnnervenlähmungen durch Gefässverschluss hervorgerufene Bulbärsymptome, so würden sie einer antisyphilitischen Behandlung nicht zugängig sein. Im Gebiet der Facialis- und Accessorius-Innervation kommt es freilich nicht zur Besserung. Ob aber nicht auch eine solche sowie ein weiterer Rückgang der Hypoglossuslähmung eingetreten wäre, wenn die Jodkalium-Anwendung hätte länger fortgesetzt und eine Quecksilbercur versucht werden können, muss dahin gestellt bleiben, da der Kranke nach zweimonatiger Behandlung die Klinik verliess.

Soweit eine Diagnose intra vitam, auf Grund bloss klinischer Symptome, möglich ist, bietet unser Fall ein Beispiel von syphilitischer Meningitis der hintern Schädelgrube.

Eine Frage haben wir noch zu bedenken, nämlich ob in unserem Falle nicht ein Ophthalmoplegia progressiva vorliegt, welche, so lange die wichtigen Centra noch intact sind, einen ähnlichen Krankheitsverlauf haben kann.

Der Process kann lange Zeit auf ein oder zwei Augennerven, sogar auf einzelne Aeste derselben beschränkt bleiben, allgemeine Symptome brauchen dabei nicht zugegen zu sein: das Fortschreiten der Krankheit kann durch plötzliche Remissionen längere Zeit unterbrochen werden; wie es scheint, kann einige Zeit vor dem Ausbruch der Ophthalmoplegie eine zeitweilige Sehstörung bestehen.

Rosenthal beschreibt einen solchen Fall (deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. 38 p. 283): Er betrifft einen 37jährigen Kaufmann, welcher vor 15 Jahren wegen mehrerer Auswüchse

(Condylome) am After geätzt wurde, vor 5 Jahren an zeitweiliger Diplopie erkrankte. Es fand sich bei genauer Untersuchung rechtseitige Sphincter- und Accomodationslähmung; ferner hochgradige Insufficienz des Rest. internus, Ptosis und tabische Symptome.

Die häufigste Ursache derselben sind Tabes, progressive Paralyse, bei welch letzterer Erkrankung ausser Frage stehen dürfte, dass in der Mehrzahl der Fälle eine luetische Durchseuchung dieses extreme Schlussbild nervöser Affectionen hervorruft, sowie andere atrophisch-degenerative Processe, welche sich im Centralnervensystem abspielen. Ferner wären Alcoholismus und manche andere Indoxikationen zu nennen. Strümpell erwähnt eines Falles (deutsche medicin. Wochenschrift 1887, p. 345) bei welchem die complete Ophthalmoplegie als Folge von Nicotinvergiftung anzusehen ist. Hier sollte sich bei einem 50jährigen seit dem 12. Jahre mit Cigarrenmachen beschäftigten Arbeiter im Verlauf von 25 Jahren eine Ophthalmoplegie entwickelt haben.

Auch an Migräne-Anfälle kann sie sich anschliessen, wie z. B. in dem von Eisenlohr (deutsche medicinische Wochenschrift 1887, p. 718) beschriebenen Fall. Der von ihm angegebene Syptomencomplex bestand schon seit der Kindheit und äusserte sich in typischen Migräneanfällen. Im Anschluss an einzelne Attacken entwickelte sich zweifellos die Augenmuskellähmung. Bei der Untersuchung fand sich Lähmung einiger Muskelnerven.

Doch giebt es Fälle, wo die Entstehungsursache nicht von vorn herein als feststehend zu betrachten ist. Trotzdem glaube ich für unsern Fall eine Ophthalmoplegie ausschliessen zu können, weil in denjenigen Fällen derselben, wo die Bulbärnerven wie hier schon mitbetheiligt sind, das Krankheitsbild ganz bedrohliche Bulbärsymptome aufzuweisen hat und die Ophthalmoplegie dann bereits gewöhnlich bilateral ausgeprägt ist. In den Fällen, wo die Ophthalmoplegie als eine Theilerscheinung eines allgemeinen athrophisch-degenerativen Processes des Centralnervensystems anzusehen ist, muss selbstverständlich die Betheiligung der Bulbärnerven mit ganz schweren lebensbedrohlichen Symptomen combinirt sein. Zum Beweis dafür, dass bei solchen Affectionen die Betheiligung der Bulbärnerven auf eine tiefgreifende Läsion der Centren der Medulla oblongata hinweist, sei gestattet, einen Fall von Bötticher (Archiv für Psych. etc. 1890, p. 514) und von E. Siemerling (über chronische progressive Augenmuskellähmung, Berlin 1891, Fall VII) heranzuziehen; bei einem dieser Fälle bestand vor dem Ausbruch der Bulbärsymptome $1\,^1/_2$ Jahre lang eine

isolirte Sehstörung, während in dem andern dieselbe bereits 4 Jahre vor dem Beginn der Geistesstörung mit dem Charakter der progressiven Paralyse nachzuweisen war. Während dieser Zeit war in beiden Fällen das Wohlbefinden des Patienten sonst ziemlich erträglich, erst gleichzeitig mit der Affection der Bulbärnerven stellten sich lebensbedrohliche Symptome ein. Ausserdem war die Ophthalmoplegie, als die Complication seitens der Bulbärnerven sich einstellte, bereits bilateral vorhanden. In einem Falle von Bernhardt (Archiv für Psych. etc. 1888 p. 509) blieb 7 Jahre lang, bevor die Tabessymptome und unwillkürliche Bewegungen der linken Mundhälfte auftraten, die Augenmuskelaffection auf ein Auge beschränkt.